

Univerzita Karlova
Husitská teologická fakulta

Bakalářská práce

Praha 2017

Nachtmanová Andrea

Univerzita Karlova
Husitská teologická fakulta

Sociální práce v paliativní a hospicové péči

Social work in palliative and hospice care

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

MUDr. Jiřina Ondrušová Ph.D .

Autor práce:

Nachtmanová Andrea

2017

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí své práce MUDr. Jiřině Ondrušové Ph.D. za odborné vedení, konzultace a podnětné připomínky, které přispěly k jejímu napsání.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Sociální práce v paliativní a hospicové péči“ vypracovala samostatně s použitím níže uvedených pramenů a literatury. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla umístěna v Ústřední knihovně UK a používána ke studijním účelům.

V Praze dne

.....

Anotace

Bakalářská práce pojednává o sociální práci v paliativní a hospicové péči. Zabývá se definicí paliativní a hospicové péče a úrovněmi paliativní péče. Práce popisuje doprovázení umírajících a jejich blízkých. Dále informuje o paliativní péči v České republice a typech zařízení, která ji poskytují. Také je popsána sociální práce v paliativní a hospicové péči. Ve výzkumném šetření byla použita dotazníková metoda, která sloužila ke zjištění charakteristiky sociálních pracovníků v hospicové péči. Respondenty tvořili sociální pracovníci pracující v kamenných a lůžkových hospicích v Čechách.

Annotation

This Bachelor thesis refers about social work in palliative and hospice care. It deals with definitiv of palliative and hospice care and levels of palliative care. The thesis describes a ccompany in gof dying people and thein relatives. Further it in forms about palliative care in the Czech Republic and about facilities which provide this care. Social work in hospice and palliative care is also described in my thesis. Questionnairemethod, which purpose was to find out characteristics of social workers in palliative care, was used for research. Respondents were social workers who work in brick-and-mortar and ward hospice houses in the Czech Republic.

Klíčová slova

Umírání, doprovázení, hospice, paliativní péče, sociální práce

Keywords

Dying, accompaning, hospice, paliative care, social work

Seznam zkratek

ČR – Česká republika

ČSPM – Česká společnost paliativní medicíny

HIV - Virus lidské imunitní nedostatečnosti

MPSV - Ministerstvo práce a sociálních věcí

USA – Spojené Státy Americké

WHO – Světová zdravotnická organizace

Obsah

ÚVOD.....	9
1. PALIATIVNÍ PÉČE.....	11
1.1. Úrovně paliativní péče.....	13
1.1.1. Obecná paliativní péče.....	13
1.1.2. Specializovaná paliativní péče.....	14
1.2. Hospic.....	15
2. DOPROVÁZENÍ NEVYLÉČITELNĚ NEMOCNÝCH.....	17
2.1. Potřeby pacientů v paliativní péči.....	17
2.2. Emoce.....	19
2.3. Fáze umírání.....	21
2.3.1. První stádium – popírání a izolace.....	23
2.3.2. Druhé stádium – zlost.....	23
2.3.3. Třetí stádium – popírání.....	24
2.3.4. Čtvrté stádium – deprese.....	24
2.3.5. Páté stádium – akceptace.....	25
2.4. Naděje.....	26
2.5. Bolest a její léčba.....	27
3. PALIATIVNÍ A HOSPICOVÁ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE.....	29
3.1. Historie paliativní a hospicové péče ve světě.....	30
3.2. Zařízení paliativní péče.....	32
3.3. Úkoly paliativní péče a hospice.....	34
3.4. Kritéria pro přijetí a možnosti hospice.....	34
4. SOCIÁLNÍ PRÁCE V PALIATIVNÍ A HOSPICOVÉ PÉČI.....	36
4.1. Vymezení pojmu sociální práce.....	36
4.2. Vzdělání sociálního pracovníka.....	37
4.3. Osobnostní aspekty pracovníka v paliativní péči.....	38
4.4. Sociální práce v paliativní a hospicové péči.....	38
4.4.1. Informační a poradenská služba.....	39
4.4.2. Kontakt s přijatým pacientem a jeho rodinou.....	40
4.4.3 Péče o pozůstalé.....	41
4.4.4. Práce s dobrovolníky.....	42
4.4.5. Spolupráce s ostatními členy týmu.....	42
4.4.6. Administrativa.....	42
4.5. Postavení sociálního pracovníka v paliativní péči.....	43
4.6. Komunikace sociálního pracovníka v paliativní péči.....	44

4.7. Etapy vytváření vztahu mezi sociálním pracovníkem a klientem.....	45
5. PALIATIVNÍ PÉČE V NEMOCNICI A HOSPICI.....	47
5.1. Paliativní péče v hospici.....	47
5.2. Paliativní péče v nemocnici.....	48
5.2.1. Bariéry paliativní péče v nemocnici.....	50
5.2.2. Pacienti vhodní pro paliativní péči v nemocnici.....	51
6. VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	53
6.1. Metodika a soubor.....	53
6.2. Výsledky výzkumného šetření.....	53
6.3. Shrnutí výsledků výzkumného šetření.....	58
ZÁVĚR.....	59
SUMMARY.....	60
Použitá literatura.....	61
Seznam příloh.....	64
Příloha.....	65

Úvod

Smrt je stav organismu po ukončení života, jedná se o trvalou a úplnou ztrátu vědomí. Jedná se o ztrátu člověka, kterého jsme milovali a o ztrátu jistoty, že nás se smrt netýká. Je to pojem, který si člověk začne uvědomovat a chápat až v momentě, kdy se ho osobně dotýká.

Smrt a umírání jsou všude okolo nás a jsou součástí lidského života. Jako je přirozené, že se někdo narodí, je přirozené, že jiný zemře. Dnešní moderní doba odsouvá myšlenku smrti do pozadí a řeší ji, až když je to nezbytně nutná.

Pro většinu lidí je smrt tabu a podle toho se také chovají. Důvodem může být strach ze smrti, odpor k umírání a smrti, nebo jednoduše strach ze ztráty milovaného člověka.

Přestože si většina obyvatel České republiky přeje umírat doma, skutečnost je jiná a nejčastějším místem úmrtí je nemocnice nebo zařízení dlouhodobé péče.

Paliativní péče nabízí možnost důstojného a kvalitního umírání, podporu pečujících a komunikace mezi terminálně nemocným a jeho blízkými. Paliativní péče představuje aktivní, komplexní a na kvalitu života orientovanou péči. Slouží pacientům, kteří trpí nevyléčitelnou nemocí v pokročilém nebo terminálním stádiu nemoci.

Po skončení mého studia bych se ráda věnovala paliativní a hospicové péči, v roli sociálního pracovníka nebo dobrovolníka v hospicovém zařízení.

Cílem této práce je popsat sociální práce v paliativní a hospicové péči a charakterizovat sociální pracovníky pracující v zařízení hospicové péče. Sociální pracovník je důležitým členem multiprofesního týmu, který pečuje o terminálně nemocné klienty. Věnuje se odbornému poradenství, pomáhá se zajištěním finančních prostředků pro klienty a doprovází a aktivizují nemocné i pozůstalé. První kapitola je věnována definici paliativní a hospicové péče. Druhá kapitola je o doprovázení nevyléčitelně nemocných. V následující kapitole se můžeme seznámit

s paliativní péčí v ČR. Čtvrtá kapitola pojednává o samotné sociální práci v paliativní péči. O paliativní péči v hospici a nemocnici pojednává pátá kapitola. Poslední kapitolu tvoří výzkumné šetření.

1. Paliativní péče

Paliativní péče během svého vývoje došla k několika vymezením tohoto pojmu. Ani dnes není jednotný pohled odborníků na definování paliativní péče, jedná se např. o otázky kdy, komu a za jakých podmínek bude tato péče poskytována. Synonymum slova paliativní je odvozeno od latinského slova pallium, které znamená plášť nebo rouška.

Světová zdravotnická organizace (WHO) vymezila paliativní péči jako:

„celkovou léčbu a péči o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní péče je dosažení, co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.“¹ Tato definice je orientovaná na pacienta. Zdůrazňuje podstatu bytí člověka a za nejvyšší cíl označuje kvalitu života. WHO v roce 2002 vydala novější definici. Tato definice klade větší důraz na předcházení utrpení. Paliativní péče podle nové definice, zlepšuje kvalitu života pacientů a jejich rodin. Nová definice vymezila pacienty paliativní péče jako ty osoby, které již nereagovaly na kurativní péči, pacienty v posledním stupni péče. Z této definice vychází také dokument Strategie rozvoje paliativní péče v ČR na období 2011 – 2015, která zní:

„Paliativní péče je aktivní a na kvalitu života orientovaná péče o nevléčitelně nemocné a jejich blízké. Jejím základem je holistický přístup k nevléčitelně nemocným pacientům, který zohledňuje tělesnou, psychologickou, sociální a spirituální dimenzi člověka. Primárním cílem není vyléčení pacienta či prodloužení jeho života, ale prevence a účinné mírnění bolesti a dalších tělesných i duševních strádání, zachování pacientovy důstojnosti a podpora jeho blízkých“.²

Kvalitní paliativní péče by měla splnit šest následujících cílů:

¹ <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-paliativni-lecba-pece-a-medicina/>(15.2.2017)

² Strategie rozvoje paliativní péče v České republice. Str. 5. (15.2. 2017)

- bezpečí
- efektivnost (není plýtváno prostředky, zdroji a časem)
- orientovanost na pacienta (založena na pacientových cílech a přání)
- prospěšnost
- spolehlivost (použití všech možností, které mohou přinést prospěch)
- včasnost (zahájena ve vhodný čas)

Hospicová péče se zabývá člověkem v jeho celistvosti, vychází z úcty k životu a člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti. Klade si za cíl naplnit všechny potřeby člověka, tedy potřeby fyzické, emocionální, sociální a duchovní.

Hospicová péče nemocnému garantuje, že:

- a) nebude trpět nesnesitelnou bolestí
- b) bude vždy respektována jeho lidská důstojnost
- c) v posledních chvílích života nezůstane osamocen

Světová organizace domácí a hospicové péče charakterizuje hospicovou péči takto: „Hospicová péče je centrálně řízený program paliativní péče - je cíleně zaměřený na zmírnění symptomů nemoci u terminálně nemocných, u kterých se předpokládá délka dalšího života v rozsahu méně než 6 měsíců. Podstatou hospicové péče je úcta k životu a umožnění maximální kvality života umírajícímu člověku, poskytováním kvalitní péče a podpory nemocným a jejich rodinám. Nemocnému se musí umožnit žít plně a bez zbytečného utrpení tak, jak je to jen možné. Smrt je vnímána jako nedílná součást života každého jedince. Hospicová péče smrt ani neoddaluje, ani neurychluje.“³

Další definici hospicové péče přináší Ministerstvo zdravotnictví České republiky, „Hospicová péče je komplexní multidisciplinární paliativní péče, kterou tvoří souhrn odborných lékařských, ošetrovatelských a rehabilitačních činností, poskytovaných

³ <http://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=1> (15.4. 2017)

preterminálně a terminálně nemocným, u kterých byly vyčerpány všechny možnosti klasické léčby, u kterých ale pokračuje léčba symptomatická s cílem minimalizovat bolest a zmírnit všechny potíže vyplývající ze základní diagnózy i jejich komplikací a zohledňující biologické, psychologické a sociální potřeby nemocného.“⁴

Filozofie i definice paliativní péče a hospicové péče se do značné míry překrývají. V některých zemích existují jasné definice paliativní a hospicové péče. V jiných zemích se tyto definice používají jako synonyma. „Pokud se v tomto směru rozlišuje, může to souviset s institucionálním rámcem, který popisuje jednotku paliativní péče jako oddělení v rámci nemocnice, zatímco lůžkový hospic je popisován jako samostatné zdravotnické zařízení. Rozdíl může nicméně vyplývat i z indikace pro přijetí nebo druhu nabízených služeb“⁵

O osobní přání a individuální potřeby klienta se stará multidisciplinární tým, který zahrnuje lékaře, zdravotní sestry, sociální pracovníky, duchovní a v neposlední řadě také dobrovolníky.

1.1. Úrovně paliativní péče

Podle komplexnosti se paliativní péče dělí na obecnou a specializovanou.

1.1.1. Obecná paliativní péče

Obecná paliativní péče znamená dobrou klinickou praxi v pokročilém onemocnění. Tato péče je poskytována zdravotníky v rozsahu základní odbornosti. Důležité je sledování, rozpoznání a ovlivňování toho, co je významné pro pacientovu kvalitu života. Jedná se o léčbu základních symptomů, efektivní komunikaci s pacientem a jeho blízkými nebo organizační zajištění. Všichni zdravotníci bez ohledu na odbornost, by měli umět poskytnout základní paliativní péči.

⁴ <http://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=1> (15.4.2017)

⁵ Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě, str. 15 (15.4.2017)

V dokumentu Standardů a norem hospicové a paliativní péče v Evropě jsou uvedeny faktory, které charakterizují úroveň obecné paliativní péče:

- dostupnost konziliárních specialistů v paliativní péči
- dostupnost pastorační a duchovní péče, poradenství v ambulantní i ústavní péči
- dostupnost v poradenství ambulantní a ústavní péči a v psychologické péči
- dostupnost zdravotnických pomůcek a léků
- kontinuita a koordinace péče v závislosti na aktuálních potřebách pacienta
- kvalita komunikace mezi zdravotníky a pacienty o diagnóze, prognóze, rozsahu a cílech léčby
- kvalita ošetrovatelské péče (v lůžkových zařízeních, v domácím prostředí)
- kvalita služeb v lůžkových zařízeních (kvalita stravy, kvalita lůžek a ostatních pomůcek)
- svobodná možnost volby místa poskytování paliativní péče (ve zdravotnických zařízeních, v sociálních zařízeních nebo doma)
- znalosti a dovednosti zdravotníků při řešení obtíží, které jsou spojeny s nevyléčitelnou nemocí (např. léčba bolesti a dalších symptomů)⁶

1.1.2. Specializovaná paliativní péče

Podle Slámy specializovaná paliativní péče znamená „aktivní interdisciplinární péči poskytovanou týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi“⁷. Ošetrovatelský tým tvoří lékař, zdravotní sestry, psycholog, sociální pracovník, fyzioterapeut, pastorační pracovník, dobrovolníci a dle potřeby další odborníci. Hlavní náplní je poskytování paliativní péče a poradenské činnosti.

⁶ Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011-2015, str. 16 (15.4.2017)

⁷ SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-849-0.. Str. 32.

Specializovaná paliativní péče slouží k zajištění péče u nemocných, kde intenzita a dynamika potřeb převyšuje možnosti obecné paliativní péče. „Služby specializované paliativní péče vyžadují týmový přístup spojující různé profese s interdisciplinárním způsobem práce. Členové týmu musejí být vysoce kvalifikovaní a paliativní péče by měla být jejich hlavním profesionálním zaměřením.“⁸

Specializovaná paliativní péče může mít různé organizační formy: lůžkový hospic, oddělení paliativní péče v rámci nemocnice nebo ambulance.

Přechod mezi obecnou a specializovanou paliativní péčí by měl být plynulý.

Doktor Skála shrnul, kteří pacienti mohou mít prospěch ze specializované paliativní péče:

- onemocnění pacientovi působí vážné psychické a tělesné obtíže
- pacient a jeho rodina jsou s touto skutečností rámcově srozuměni
- při obvyklém průběhu nemoci lze očekávat, že má pacient před sebou život v řádu týdnů až měsíců
- u nemocného není možná nebo byla vyčerpána kauzální léčba (např. chemoterapie, transplantace orgánu), další léčba a péče jsou zaměřeny na mírnění potíží, které základní onemocnění působí⁹

1.2. Hospic

Hospic je specializované zařízení pro nemocné v terminální fázi onemocnění¹⁰.

Cílem péče je zajištění bezpečného, laskavého přístupu k nemocnému a jeho blízkým.

⁸ Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě, str. 28 (15.4.2017)

⁹ SKÁLA, Bohumil. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011 : [novelizace 2011]*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, c2011. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-51-0. Str. 6. <http://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy-2003-2007/Paliativni-pece.pdf> (15.4.2017)

¹⁰ Pacient je v konečném stadiu své nemoci, byla ukončena kurativní léčba. Přežití jev rozsahu týdnů nebo měsíců. <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/terminalni-faze-choroby> (17.4.2017)

Hospic by měl nemocnému přinášet jistotu, že budou zvládány, tlumeny a tišeny projevy bolesti a nevyléčitelných onemocnění. Bude zachována jeho lidská důstojnost a na konci života nebude osamocen.

Pacienti by měli být v jednolůžkových pokojích s možností přistýlky pro blízké osoby. Blízcí a přátelé mohou nemocného navštěvovat bez omezení, podle jeho přání a potřeb. O nemocného se stará a pečuje personál hospice, který je složen z lékařů, zdravotních sester, sociálního pracovníka, duchovního, psychologa a dobrovolníků.

Nemocný může podle svého přání pobyt v hospici kdykoliv ukončit a znovu požádat o přijetí zpět do hospice.

2. Doprovázení nevyléčitelně nemocných

V kapitole se věnuji potřebám a emocím umírajících, jejich blízkých a fázím umírání.

2.1. Potřeby pacientů v paliativní péči

Definice slova potřeba je „stav nedostatku něčeho, co je nevyhnutelné pro organismus nebo osobnost“¹¹.

V širším pojetí můžeme potřebu chápat jako požadavky nezbytné pro sociální, psychologický a biologický život člověka.

Jinou definici přináší psychologický slovník „potřeba je nutnost organismu něco získat něčeho se zbavit, aby bylo dosaženo požadované rovnováhy“.¹²

Jednou z nejznámějších definic potřeb uvádí americký psycholog Abraham Maslow ve své hierarchii potřeb. Podle této pyramidy má člověk pět základních potřeb. Na nejnižším místě jsou základní, tělesné potřeby. Na čtvrtém místě je potřeba jistoty a bezpečí. Na třetím místě jsou láska a přijetí. Na druhém místě je potřeba uznání a úcty a na prvním místě je potřeba seberealizace.

Paliativní péče souvisí s potřebami biologickými, psychosociálními a spirituálními.

Podmínkou další kvalitní péče je včasné zahájení diskuze o rozsahu potřeb.

Specifická podoba potřeb u nemocných je závislá na charakteru pacienta, charakteru pacientovi nemoci a na sociálních podmínkách, ve kterých pacient žije.

Některé potřeby člověka se vlivem nemoci mění a vznikají nové potřeby.

V průběhu nemoci se také mění priority potřeb, v závěru života se do popředí mohou dostávat potřeby spirituální.

¹¹ <https://cs.wikipedia.org/wiki/Pot%C5%99eba> (17.4. 2017)

¹² HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0873-0. Str. 444.

S tělesnými potřebami je také zmiňována péče o symptomy a fyzickou pohodu pacienta.

Psychosociální potřeby nevyléčitelně nemocných můžeme rozdělit do šesti kategorií:

- být informován
- potřeba nalezení vlastní identity a emocionální potřeby
- potřeba podpory
- potřeby související s profesionály poskytujícími péči
- praktické potřeby
- spirituální potřeby

Specifické potřeby mohou být u pacientů, kteří jsou v závěru života hospitalizováni v nemocnici. Tyto potřeby pacientů a rodinných příslušníků uvádí Bužgová:

- diskuze o prognóze a názorech na péči
- hodnocení a řešení bolesti a jiných symptomů
- identifikace pacientových cílů péče
- management a hodnocení spirituálních a psychosociálních potřeb
- management přechodu z kurativní péče do paliativní péče
- plánování přesunu do jiného typu zařízení
- podpora rodiny před, během a po smrti pacienta
- rozhovory o resuscitaci a dalších agresivních způsobech léčby
- rozpoznání příznaků blížící se smrti¹³

V době blížící se smrti, je nutné brát zřetel na klíčové potřeby pacientů.

Jedná se např. o strach z opuštění, zajištění spolehlivé, důstojné a předem plánované péče, která respektuje normy slušnosti, protahování smrti. V péči o pacienta mohou být překážky v nedostatku komunikace nebo nedostatky v péči ze strany

¹³ BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4. Str. 42.

pracovníků. Pracovníci např. mohou mít problémy se zpracováním vlastní smrtelnosti a úmrtím.

2.2. Emoce

Rodinní příslušníci často představují větší problém než samotní pacienti, kteří umírají. Proto je nutné zajistit péči oběma stranám, jak umírajícím pacientům, tak jejich blízkým a rodinným příslušníkům.

Pro to se proces rozvolňování úzkých vazeb končících smrtí, lépe překonává společně, když fungují vzájemné vazby mezi lidmi nemocnými a pečujícími.

Přání a potřeby doprovázejících, jsou spjaté s přáním a potřebami umírajících. Pokud se umírající trápí, trápí se i doprovázející. Daří – li se příbuzným špatně, trpí i umírající, ale většinou každý odděleně.

Osoby, které doprovázejí, se setkávají s pocity strachu, které jsou podobné obavám umírajícího.

Podle Svatošové se můžeme při doprovázení umírajících setkat se čtyřmi druhy strachu:

- strach z nejistoty
- strach z utrpení
- strach ze selhání
- strach ze ztráty

Strach z nejistoty

Smrt a umírání je vytěsněno z dnešní každodenní zkušenosti. Dříve bylo běžné, že lidé umírali doma, obklopeni svou rodinou. Proto dnes při procesu umírání chybí zkušenosti a znalosti. Nyní má mnoho lidí obavy z toho, že nezvládnout péči o blízkého člověka, který umírá. Podle zkušeností jsou strach a obavy tísnivější

než realita. Proto bychom se měli snažit o začlenění informací o umírání, smrti a smutku do běžného života. Strachu se dá nejlépe čelit jasnými informacemi.

Strach z utrpení

S koncem života a umíráním si mnoho lidí spojí bolest a utrpení. Úlevu by proto měly přinést nové poznatky o možnostech moderní léčby bolesti. Odstranění od fyzické bolesti zmírňuje také utrpení pro umírajícího a jeho blízké.

Předpokladem pro vysvobození z fyzické bolesti je lidské uvědomění a překonání dalšího rozměru bolesti – psychické, sociální, spirituální

Strach ze selhání

Myslím, že strach ze selhání je způsoben především nezkušeností, kterou mají blízcí, pečující o umírající osoby. Lidé si nejsou jistí, zda péče, kterou poskytují je dostatečná a vhodná.

Další záležitosti, které mohou způsobit strach ze selhání, je nepřipravenost a neschopnost vnitřně připustit, že už je pouze omezená šance k vyřízení posledních věcí a uzavření nedořešených konfliktů, k rozhovoru o nespravedlnosti nebo o citech, které zůstávaly celý život potlačeny.

Strach ze ztráty

Smrt blízkého člověka zasáhne pacientovu rodinu a k odloučení od blízkého člověka dochází již při umírání. Proto se vždy hodí ze strany pomocníků schopnost otevření komunikace mezi zúčastněnými, nabídnutí pomoci a podpory v těžkých časech, s vytvořením důvěrné atmosféry.

Emocí, která také provází doprovázení umírajícího blízkého, je bezmoc. Syndrom bezmoci je definován jako „pocit neschopnosti řešit danou situaci, dále pocit

ohrožení a neuspokojení z osobních vztahů a pocity ztráty hodnoty ve společnosti. Jedná se o úplné selhání obranných schopností po psychické stránce¹⁴.

Další emocí, která se může objevit je smutek. Smutek je obvyklou reakcí nad ztrátou blízkého člověka, někde může přecházet do depresí. Smutek se může projevovat vztekem, výčitkami, pocity viny nebo ztrátou sebeúcty

Další emoce, které se mohou projevit při doprovázení, jsou zlost a agresivita, projevující se snahou slovem nebo skutkem napadnout jinou osobu.

Pocit viny. Člověk bilancuje a může vidět, co se v jeho životě podařilo a nepodařilo. Lidé pociťují vinu, že se nechali unést a vybíjí si svůj hněv na svém okolí.

Je potřeba abychom o svých emocích mluvili a s někým je sdíleli. Pocity strachu a obav patří k péči o blízkého a je potřeba o nich hovořit. Ventilace a rozhovory mohou snížit napětí člověka a snížit jeho úzkost a strach.

2.3. Fáze umírání

Reakce na těžké životní situace jsou různé a závisí na charakteru jednotlivých osob, na vnějších okolnostech a na dosavadních zkušenostech

Elizabeth Kübler Ross na základě svých zkušeností s nemocnými a umírajícími pacienty, charakterizovala fáze, jimiž pacient prochází v terminálním stádiu.

Haškovcová uvádí, že „fáze šoku, popření a stažení se do izolace, ale i hněv, zloba, deprese a smlouvání patří do období, pro které je přesnější výraz „pre finem“¹⁵.

Jedná se o období, kdy se nemocný sžívá se svou nemocí. Tato doba je relativně dlouhá a můžeme ji počítat na měsíce a na léta.

Fázemi neprochází pouze pacient, ale i jeho rodina a nejbližší.

¹⁴ BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4. Str. 63.

¹⁵ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-471-3. Str. 47.

Proto by měla být vytvořena rozumná hranice na rozlišení toho, kde je a není rodina zastupitelná. Rodina musí mít možnost si odpočinout a nabrat novou sílu. Proto by se do péče o nemocného mělo zapojit i širší okolí pacienta.

Fáze, které jsou seřazené za sebou tak, jak většinou přicházejí, nemusejí vždycky zachovávat tento sled. Stává se, že se fáze opakovaně vracejí a střídají. Někdy se mohou dvě i tři fáze prolínat v jednom dni. Fáze nejsou stejně dlouhé a může se stát, že chybějí.

Může dojít i k tzv. časovému posunu, v jakém prožívají jednotlivé fáze pacienti a jejich blízcí. Ten je např. ke škodě, když je pacient ve stádiu smíření, zatímco jeho okolí je stále ve fázi smlouvání a vyjednávání. I když to není lehké, měla by se rodina v tomto případě snažit co nejdříve vyrovnat krok s nemocným. V této situaci je vhodné, když se najde někdo, kdo podá rodině pomocnou ruku a ujme se role doprovázejícího. Tím může být např. duchovní, někdo z přátel, zkušená sestra nebo dobrovolník hospice.

Fázi smíření je třeba rozlišit od fáze rezignace. Rezignaci lze chápat jako neúmyslné selhání doprovázejícího.

Elizabeth Kübbler Ross vysvětluje rozdíl mezi přijetím a rezignací takto:

„Pacienti, kteří svůj osud přijali, získávají velmi osobitý výraz vyrovnanosti a míru. V jejich tvářích se odráží stav vnitřní důstojnosti. Lidé, kteří jen na svůj osud rezignovali, tento výraz postrádají, naopak v jejich tvářích můžeme vidět zahořklost a duševní trýzeň jako výraz pocitu marnosti, zbytečného usilování a chybějícího smíru. Tento výraz je velmi snadno odlišitelný od výrazu lidí, kteří dosáhli opravdového stádia přijetí pravdy“¹⁶

¹⁶ KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2069-2. Str. 73.

2.3.1. První stádium – popírání a izolace

Ne, to se mě určitě netýká. To není pravda.

Prvotní odmítání je společné jak lidem, které lékaři o všem informovali, tak zároveň i tem, jimž výslovně nikdo nic neřekl a kteří k tomuto závěru došli sami.

Úzkostné popírání diagnózy je typické pro pacienty, kteří byli informováni předčasně, stroze a necitlivě někým, kdo je neznal nebo informaci podal ve spěchu.

Téměř všichni pacienti se uchylují k určité formě popírání. Určité popírání reality slouží jako nárazník, jenž tlumí účinky nenadálé a šokující právy. Slouží k tomu, aby pacient zmobilizoval obranné strategie a vyrovnal se s obtížnou a bolestivou situací.

2.3.2. Druhé stádium – zlost

Po stádiu popírání přichází stádium zlosti, vzteku, závisti a nastupuje spolu s otázkou: „Proč zrovna já?“. Druhé stádium je pro rodinu a personál daleko těžší než první stádium. Pacientův hněv se obrací na všechny strany, vybíjí se takřka na komkoli, kdo se právě namane. Rodinu, která přichází na návštěvu, pacient přijímá bez úsměvu a radostného očekávání. Takové chování pacienta způsobuje návštěvu nepříjemnou pro obě strany. Příbuzní reagují buď smutkem, nebo slzami, pocity provinění či studu, anebo prostě odmítnou chodit na další návštěvy. Tím se ještě zvyšuje nespokojenost a zloba pacienta. Proto bychom takové nálady neměli brát na sebe a být vztahovační nebo oplácet pacientovi stejnou měrou, jenom bychom tím přispívali k dalšímu nepřátelskému chování pacienta.

2.3.3. Třetí stádium – smlouvání

Nemocný člověk se uchyluje ke smlouvání. Z dosavadních zkušeností se domnívá, že existuje nepatrná naděje na „odměnu za dobré chování“ – za mimořádné služby někdy může být splněno nějaké přání. Nejčastěji si lidé přejí prodloužení života a několik dnů bez bolesti nebo tělesných obtíží.

„Většinu smluv uzavírají nemocní lidé s Bohem a obvykle je drží v tajnosti. Zmínka o těchto smlouvách se objeví jen mezi řádky, nebo zazní v kaplanově soukromé pracovně“.¹⁷

Sliby mohou být spojeny s pocity viny, proto je na místě, aby zdravotnický personál bral v potaz poznámky pacientů. Je vhodné řídit se interdisciplinárním přístupem. Duchovní bývá většinou první, který u nemocného zachytí známky obav a znepokojení.

2.3.4. Čtvrté stádium- deprese

V momentu, kdy člověk podstupuje další a další operace, hospitalizace, přibývá zjevných příznaků nemoci a ubývá sil, nemůže člověk tohle všechno přecházet s úsměvem. Jeho ochromení, stoicismus, zlost a hněv vystřídají pocity ztráty. Touto fází si musí projít nemocný člověk, aby se připravil na své definitivní rozloučení s tímto světem.

„Prvotní reakcí na depresi pacienta, je jeho rozveselení. Říkat mu, aby se na věci nedíval tak chmurně a neztrácel naději. Povzbuzujeme je, aby si všímal světlých stránek života, pestrých a pozitivních věcí kolem sebe.“¹⁸

Pokud je deprese nástrojem, díky kterému se nemocný připravuje na ztrátu blízkých, a která mu usnadňuje dosáhnout akceptace, potom povzbuzení není na místě.

¹⁷KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Přeložil Jiří KRÁLOVEC. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9. Str. 100.

¹⁸Tamtéž. Str. 103.

Neměli bychom pacienta nutit, aby na všem hledal pozitiva a neměl přemýšlet o své smrti. Mohlo by to vyznít jako pokyn k tomu, aby pacient nepřemýšlel o své smrti.

Pacient dospěje ke konečnému smíření mnohem snáze a bude vděčný těm, kdo s ním dokážou být i během depresí. Pacient s depresí se projevuje tichou mlčenlivou podobou. Nejlépe se projevívá účast, když se blízký např. pohladí po vlasech.

2.3.5. Páté stádium – akceptace

Pokud se dostalo pacientovi dost času a určité pomoci při překonávání předešlých stádií, dosáhne stavu, kdy v něm jeho stav už neprobouzí depresi nebo hněv. „V čase, který má za sebou, směl dát průchod tomu, co právě cítil: vyjádřil svou závist vůči lidem, kteří jsou zdraví a budou žít dál, i svůj hněv na ty, kteří svému konci nemusejí čelit tak brzy.“¹⁹

Pacient prožil hluboký zármutek nad blížící se ztrátou tolika pro něj důležitých lidí a věcí. Na svůj nadcházející konec pacient prohlíží v tichém očekávání.

Pacient je unavený a zesláblý, má potřebu podřimovat nebo na chvíli usnout. Nacházíme se v období, kdy více porozumění a podpory potřebuje spíše rodina než samotný pacient.

V okamžiku, kdy nemocný dosáhne určitého vnitřního pokoje a smíření, okruh jeho zájmů se začíná zužovat. Dává např. přednost samotě, nebo si nepřeje být rušen záležitostmi venkovního světa. Komunikace začíná být neverbální, ubývá potřeba slov.

Někteří pacienti bojují až do konce a vzpírají se okolnostem a živí se nadějí. U těchto pacientů je nemožné, aby dospěli do fáze akceptace. „Čím urputněji se pokoušejí

¹⁹ KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Přeložil Jiří KRÁLOVEC. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9. Str. 127.

uniknout smrti a čím víc se ji snaží popřít, tím obtížněji pro ně bude dosáhnout stádia smíření pokojně a s důstojností.“²⁰

Je důležité rozlišit, kdy se pacient vzdává moc brzy a kdy by mu mohla bojovnost v kombinaci s medicínou dát šanci na prodloužení života.

2.4. Naděje

K životu je naděje stejně důležitá jako láska a víra. Naděje je dar a nelze ji naučit. Když se člověk nachází v těžké době, je jenom výhoda, když se na život hleděl spíše růžovými brýlemi. Pro tyto lidi je zachování si naděje daleko snazší než pro ty, kteří jsou nenapravitelnými pesimisty.

Posilování víry a naděje pacienta neznamena, že by se mu mělo lhát. Naopak se blízcí připravují o jeho důvěru. Pacient ocení upřímnost a opravdovost, se kterou k němu přistupuje.

Na začátku nemoci bude pacient a jeho blízcí spolu s ošetřujícím týmem sdílet dlouhodobou naději, která je spojená s léčbou, ošetřováním a prodloužením pacientova života.

Pokud před sebou pacient vidí možnost dalších kroků a není už naděje na uzdravení, je nutné pomoci malých kroků a cílů „držet nemocného nad vodou“.

Malými krůčky mohou být např. narození vnoučete, nebo promoce syna za měsíc.

Pacient se upne k něčemu, co bude za týdny nebo dny. Když se jedná o malé krůčky, které se menší, naděje zůstává. Někdy se nám naděje může zdát falešná, ale pacienta o ni nemůžeme připravit.

Je důležité vážit každé slovo, které je vysloveno, jediným nešetrným slovem může být pacient připraven o naději.

²⁰ Tamtéž Str.129.

2.5. Bolest a její léčba

Hospice se od začátku svého působení snaží co nejlepším způsobem bojovat proti bolesti pacientů. V dnešní době medicína umožňuje docílit toho, že umírající pacienti mohou prožít své poslední dny bez bolesti.

A) Tělesný rozměr bolesti

Svatošová uvádí, že „bolest vnímá každý jinak, a proto je nutné věřit nemocnému. Jsme nuceni respektovat pacientovo rozhodnutí i v případě, že se vědomě a svobodně rozhodne bolest až do určité míry snášet“.

Musíme si stanovit splnitelné cíle:

- a) bez bolesti se pohybovat
- b) bez bolesti se vyspat
- c) bez bolesti v klidu odpočívat.²¹

Chronická bolest ztrácí poslání, a pokud je bolest vytrvalá a urputná, nedovolí nemocnému myslet na nic jiného. Prvotní snahou je tuto bolest zvládnout. Léčba bolesti udělala v posledních letech velký pokrok a moderní prostředky k jejímu odstranění nebo zmírnění jsou dostupné i v České republice.

Existuje mnoho příčin bolesti a tomu odpovídá i strategie léčby. Patří sem např. operativní zákroky, ozařování, chemoterapie, hormonální léčba, blokády nervů nebo léčba pomocí radiových izotopů.

Je nutné, aby pacient dostal potřebnou dávku včas a kolik jí je potřeba, tedy ani méně ani více.

Všechny druhy léků na potlačení bolesti, kapesní dávkovače nebo injekce směřují k jednomu cíli a tím je zlepšení kvality života nemocných a umírajících.

²¹ SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 6., dopl. vyd., (V KNA 1.). V Kostelním Vydří: APHPP, 2008. ISBN 978-80-7195-307-4. Str. 23.

Pouze sám pacient může hodnotit intenzitu bolesti a účinek léků. Vodítkem pro zjištění intenzity bolesti jsou škály intenzity bolesti. Škála je tvořena čísly od 1 - 10 (0 znamená žádnou bolest, naopak 10 je nejhorší bolest), pacient přiřazuje číslo, podle intenzity své bolesti.

B) Sociální rozměr bolesti

Bolest pociťujeme i tehdy, když cítíme nepořádek ve vztazích s našimi blízkými a rodinou. Je vhodné v terminálním stadiu onemocnění usnadnit nebo zprostředkovat komunikaci mezi pacientem a jeho blízkými. Podpořit pacienta ve vyřešení rodinných záležitostí, které ho tíží.

C) Emoční a psychický rozměr bolesti

Pro pacientovo vědomí je zatěžující, že má se svými blízkými jen omezený čas pro vyřízení posledních záležitostí. Je vhodné a nutné mluvit o bolestných věcech, např. o nemoci, nespravedlnosti.

D) Spirituální rozměr bolesti

V každém hospici, by měl být duchovní, na kterého by se pacienti mohli obrátit se svými spirituálními otázkami. Je vhodné, aby každý z ošetrovatelského týmu přijal svou smrtelnost.

3. Paliativní a hospicová péče v České republice

V České republice se paliativní péče začala rozvíjet až po Sametové revoluci v roce 1989, tím zaostáváme za vývojem ve vyspělých zemích jako je Velká Británie nebo USA.

V roce 1993 bylo lékařkou Marií Svatošovou založeno oddělení paliativní péče v nemocnici v Babicích nad Svitavou. Marie Svatošová dále založila občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí Ecce Homo a velkou měrou přispěla k rozšíření paliativní péče u nás.

Úspěchem sdružení Ecce Homo bylo v roce 1995 vybudování prvního samostatného lůžkového hospice Anežky České v Červeném Kostelci.

Jednou z prvních autorek zabývajících se tématem umírání a smrti po roce 1989 byla prof. Helena Haškovcová. Ta ve svých knihách a článcích psala o problematice thanatologie²², důstojného umírání a důstojné péče o umírající. Dalším významným autorem byl prof. Jiří Vorlíček, který napsal knihu Paliativní medicína.

V roce 2004 byla přijata Koncepce paliativní péče, která byla vytvořena na základě výzkumu hospice Cesta domů. Tato koncepce měla přispět k rozvoji kvalitní paliativní péče a k efektivnímu systému organizování a poskytování paliativní péče v rámci dostupných zdrojů.

V roce 2005 byla založena Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče, která reprezentuje zařízení domácí péče a lůžkové hospice. Asociace poskytovatelů hospicové péče vydala v roce 2007 Standardy hospicové a paliativní péče. Cílem bylo definovat požadavky pro zajištění potřebné kvality a úrovně paliativní péče pro zařízení, která poskytují paliativní péči v České republice.

Dále byla v roce 2009 založena Česká společnost Paliativní medicíny (ČSPM).

²²Věda o umírání a smrti. Název je odvozen od jména řeckého boha smrtelného spánku a smrti.
<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/tanatologie-thanatologie> (15.4.2017)

Cílem společnosti je podporovat a rozvíjet vzdělání, dobrou klinickou práci v oblasti obecné a specializované paliativní péče, která je poskytována v závěru života

Česká společnost paliativní medicíny se podílela na vytvoření Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 – 15. Strategie je vypracována v souladu s mezinárodními dokumenty zabývajícími se paliativní a hospicovou péčí (např. Charta práv umírajících nebo Evropská sociální charta) a byla přijata za cílem odstranit neuspokojivý stav v péči o umírající a jejich pečující blízké a pro zajištění důstojného odchodu ze života.

Česká společnost paliativní medicíny pravidelně pořádá konference v oblasti paliativní medicíny, je také členem Evropské asociace paliativní péče.

ČSPM v roce 2013 vydala Standardy paliativní péče. V roce 2014 vzniklo v Praze na Vinohradech centrum paliativní péče. Centrum má za cíl rozvíjet osvětovou a vzdělávací činnost v této oblasti.

3.1. Historie paliativní a hospicové péče ve světě

Název moderního hospicového hnutí se odvozuje od latinského pojmu hospitum a současně od křesťanské tradice hospiců, které se začaly objevovat v Malé Asii již od roku 238 před Kristem jako xenodochium²³, a ve středověku nalezly širší uplatnění jako špitály.

Myšlenku hospiců dále rozvíjel Benedikt z Nursie, který v Monte Casinu v Itálii založil klášter a při svých modlitbách zdůrazňoval, že mimo modliteb a práce je potřeba postarat se o nemocné.

Benedikt z Nursie²⁴ založil kromě hospiců také řád benediktýnů, který se postupně rozšířil do zbytku Evropy. V roce 993 byl v Čechách postaven i první benediktýnský

²³ Církevní útulek pro poutníky, pocestné, cizince, chudé a nemocné.

http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?cizi_slovo=xenodochium&typ_hledani=prefix
(15.4.2017)

²⁴ <http://www.brevnov.cz/CS/benediktini> (15.4.2017)

klášter na našem území. Další klášter byl postaven v roce 1032 na Sázavě. Benediktýnské kláštery dále plnily funkci útulku a nemocnice. V období křižáckých výprav, začaly hospice vznikat a plnit svoji funkci ubytování nebo občerstvení. Dalšími řády, které měly ve své filozofii pomoc nemocným a umírajícím, byli např. Johanité, kteří se zabývali ošetrovatelskou činností a řád Lazaritů, který se staral o malomocné. Od 13. století se hospicové činnosti začínají věnovat i světské instituce, jako byla knížectví a města.

Např. panovnice Alžběta Uherská založila hned několik útulků pro chudé a opuštěné.

V roce 1451 je založen biskupem a filozofem Mikulášem Kusánským hospic sv. Mikuláše v Brixenu.

V Lyonu roku 1842 bylo Jeanne Garnier založeno Společenství žen, které se věnuje péči o nevléčitelně nemocné. Později toto společenství otevírá první hospic v Paříži, kde se starají o umírající, a díky tomu získalo slovo hospic svůj význam jako místo, kam se přijímají pacienti na konci jejich života. V Dublinu roku 1878 Marie Aikenhead přijala kongregaci sester lásky, jejichž hlavním cílem bylo doprovázení umírajících. Tento spolek založil nejdříve v Irsku několik domů, kde řádové setry ošetrovaly terminálně nemocné. „Její aktivita však nenašla pochopení. Zlom přineslo až dvacáté století, kdy Charita irských sester založila hospic ve východní části Londýna, kde se starala výhradně o umírající.“²⁵

Ve 20. Století je angličankou Cecilly Saunders založen hospic sv. Kryštofa. Její novinkou byl celostní přístup, který zahrnoval komplexní medicínu s kvalifikovanou péčí a fundovanou sociální prací. Zakomponovaná byla i činnost dobrovolníků, která byla od samého počátku součástí celého konceptu, hospicové doprovázení slibovalo lidem dvojí: Nikdy nebudete opuštěni, jenom když

²⁵ LEŠKOVÁ, Ludmila. Vznik a vývoj hospicové péče. Plzeň, 2012. Bakalářská práce (Bc.).

Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta Zdravotních studií. Str. 24. (15.4. 2017)

Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011-2015 (15.4.2017)

si to budete sami přát. Uděláme vše pro to, abychom vám pomohli s bolestí a dalšími zatěžujícími faktory.

Další významnou osobou byla americká psychiatrická švýcarského původu Elisabeth Kübler Roos, která se zabývala otázkou smrti a umírání. V roce 1969 vydala průkopnickou knihu O smrti a umírání, ve které jsou popsány fáze umírání. Jejím největším přáním bylo vybudování hospice pro kojence a děti nakažené virem HIV, kde by mohly dožít až do své smrti.²⁶

V posledním desetiletí bylo opakovaně mnohými významnými celosvětovými, evropskými i národními institucemi zdůrazněno, že paliativní péče musí být jednou z prioritních oblastí rozvoje zdravotnické péče a že občané mají právo na její všeobecnou dostupnost. Rozvoj kvalitní paliativní péče již od 90. let 20. Století, podporuje Světová zdravotnická organizace (WHO). V roce 1999 Parlamentní shromáždění Rady Evropy kodifikovalo v Chartě práv umírajících právo pacienta na komplexní paliativní péči.

3.2. Zařízení paliativní péče

Zařízení mobilní specializované paliativní péče

Zařízení mobilní specializované paliativní péče garantuje dostupnost zdravotní péče 24 hodin denně a 7 dní v týdnu. Snahou je, aby nemocný člověk mohl dožít svůj život a zemřít ve svém přirozeném prostředí mezi svými nejbližšími. Péče zahrnuje podporu a doprovázení rodiny a blízkých.

Lůžkový hospic

Zařízení poskytuje specializovanou péči pacientům s omezenou délkou života. Klade se důraz na individuální potřeby, přání každého terminálně nemocného člověka a na vytvoření prostředí, které podporuje rodinné vztahy s blízkými.

²⁶ https://en.wikipedia.org/wiki/Elisabeth_K%C3%BCbler-Ross, (15.4.2017)

Tyto cíle jsou naplňovány pomocí osobní a domácí atmosféry, soukromím pacientů, volným režimem pro návštěvy a dobrou dopravní dostupností.

Lůžkové oddělení paliativní péče

Ve většině případů je obdobou lůžkového hospice. Podle Slámy „je v některých zemích oddělení paliativní medicíny chápáno jako zařízení akutní paliativní péče, jehož posláním je intenzivní symptomatická léčba a psychosociální intervence. Pacient bývá z takového oddělení propouštěn domů nebo překládán do lůžkového zařízení dlouhodobé péče.“²⁷

Specializovaná ambulance paliativní péče

Péče se zajišťuje pacientům, kteří pobývají v domácím prostředí a v zařízeních sociální péče. Specializovaná ambulance paliativní péče spolupracuje s praktickým lékařem, zařízeními domácí péče nebo specializovanou paliativní péčí. Ambulance paliativní péče působí samostatně v rámci nemocnice, při lůžkových hospicích, při odděleních paliativní péče lůžkových zařízení nebo jako součást zařízení domácí paliativní péče.

Konziliární tým paliativní péče

Konziliární tým zajišťuje péči v rámci zdravotnického zařízení (nemocnice nebo léčebny). Tato forma zajišťuje interdisciplinární expertní znalost z oblasti paliativní péče v lůžkových zařízeních různého typu. Posiluje kontinuitu péče (pacient zůstává na oddělení, kde byl doposud léčen a které zná) a vedle přímého ovlivnění kvality paliativní péče přispívá také k edukaci personálu na ostatních odděleních. Minimální složení takového týmu by mělo být lékař, sestra a sociální pracovník.

²⁷ Solen Medical Education: Paliativní medicína a léčba bolesti.

<http://www.solen.sk/pdf/0e4b1bd648a9298d81f8808e61d71a4d.pdf>, (17.4.2017)

Denní hospicové centrum

Také jako paliativní stacionář poskytuje paliativní služby klientům, kteří chtějí pouze denní zajištění péče ve stabilizovaném stavu. Služba je výhodná zvláště u samostatně stojících hospiců či v rámci ambulantní paliativní péče. Denní hospicové centrum je např. v Čerčanech.

3.3. Úkoly paliativní péče a hospice

Hlavním úkolem paliativní péče je zajištění psychosociální péče, doprovázení umírajících a jejich blízkých nebo terapie zmírňující bolesti.

Dalším úkolem je např. pořádání besed s pacienty, rodinami a truchlícími. Besedy se pořádají i pro instituce typu domovů s pečovatelskou službou.

Třetím úkolem je vzdělávací činnost. Dovzdělávání se týká všech pracovníků hospiců. Práce v hospici je celoživotním procesem růstu a učení, který pomáhá formovat osobnost. Hospice vzdělávají i širokou veřejnost pomocí odborných seminářů, kde předávají získané zkušenosti.

Úkolem hospice může být i získávání nových poznatků. Ty mají sloužit k hlubšímu poznání toho, co má příznivý vliv na život umírajících a jejich pečujících.

Hospice přinášejí změnu v přístupu k umírání, smrti a smutku. Důležité je, aby změny zasáhly i nemocnice a domovy seniorů, kde dnes nejčastěji lidé umírají.

3.4. Kritéria pro přijetí a možnosti hospice

Lidé nejvíce potřebují pomoc a podporu, kterou jim hospic může nabídnout. Hospicové zařízení by si mělo uvědomovat svoje limity a svým klientům nabízet pouze možnosti, které jsou v jeho silách. S tím souvisí otázka, který člověk se může stát klientem hospice. Proto byla vytvořena kritéria pro přijetí klienta do hospicové péče.

Dle Studenta mají být splněna tři kritéria pro přijetí do hospicové péče

- 1) Dotyčný člověk trpí jedním z následujících čtyř druhů nemocí:
 - a) onkologickým onemocněním s metastázami, pokročilými i po léčbě
 - b) infekčním onemocněním AIDS
 - c) onemocněním nervového systému s pokračujícím ochrnutím
 - d) terminální stádia imobilizačního syndromu, s komplikacemi, často s nutností intenzivní léčby bolesti i dalších obtíží – nejčastěji chronicky nemocní vyššího věku (stavy terminální geriatrické deteriorace, konečné stavy po těžkých centrálních mozkových příhodách)
- 2) Lze již určit konkrétní, individuální příčinu smrti (např. selhání srdce nebo ledvin)
- 3) Klient si už nepřeje další vyšetření a soustředí se na zmírňování doprovodných obtíží. Znamená to, že klientovi nebude podáváno proti jeho vůli umělé dýchání, podávána výživa nebo infuzní léčba.²⁸

Do hospicového zařízení bývají přijímáni lidé, u kterých je dožití stanoveno na několik týdnů nebo několika málo měsíců. Nebývají přijímáni lidé, kteří trpí dlouhodobým onemocněním, vedoucím ke smrti. Těžiště hospiců je v ambulantní péči, díky které je umožněno velkému počtu lidí zemřít doma v kruhu svých blízkých. Počet pacientů v ambulantní péči značně převyšuje počet umístěných ve stacionárním zařízení. Užší kritéria přijímání platí při přijetí do stacionárního hospice. Do těchto kritérií patří hlavně psychosociální potřeba péče představující střed hospicové sociální činnosti.

²⁸ STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péči*. Jinočany: H & H, 2006. ISBN 80-7319-059-1. Str. 41.

4. Sociální práce v paliativní a hospicové péči

Hospicové hnutí v České republice vzniklo a rozvinulo se bez pomoci sociálních pracovníků. Panovala rozpačitost nad tím, co by mělo být náplní práce sociálního pracovníka, protože toto zaměstnání bylo spojené především s rolí úředníka.

4.1. Vymezení pojmu sociální práce

Sociální práce je praktickou i teoretickou disciplínou, která vychází z mnoha vědních oborů. Využívá poznatků ze sociologie, medicíny, psychologie, pedagogiky a dalších vědních disciplín. Mezinárodní federace sociálních pracovníků přináší tuto definici „sociální práce podporuje změnu řešení problémů v mezilidských vztazích a posílení, osvobození lidí za účelem naplnění jejich osobního blaha. Zasahuje tam, kde se lidé dostávají do kontaktu se svým prostředím. Klíčové jsou principy lidských práv a princip spravedlnosti“. ²⁹

Cílem sociální práce je:

- napomáhat tomu, aby systémy podpory klientů pracovali efektivně a humánně
- podpořit schopnost klienta řešit vzniklý problém a adaptovat se na nároky okolí
- zlepšovat a rozvíjet sociální politiku
- zprostředkovat kontakt se službami³⁰

²⁹<http://granty.vsers.cz/dokument/Zaklady%20socialni%20prace.pdf> (17.4.2017)

³⁰ Tamtéž

4.2. Vzdělání sociálního pracovníka

Odbornou sociální práci může vykonávat člověk, který má odbornou způsobilost podle zákona číslo 108/2006 Sb. O sociálních službách. „Předpokladem k výkonu povolání sociálního pracovníka je plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost podle tohoto zákona“.³¹ Sociální pracovník musí mít podle zákona ukončené minimálně vyšší odborné vzdělání se zaměřením na sociální oblast, což znamená: sociální práci, sociální pedagogiku, sociální právní činnost, charitní a sociální činnost, sociální a humanitní práci. Dále může mít sociální pracovník vysokoškolské bakalářské, magisterské, doktorské vzdělání se zaměřením na sociální oblast v oboru, sociální patologie, sociální nebo speciální pedagogika, sociální politika.

„Sociální práce v paliativní péči znamená propojení zdravotní a sociální péče. Sociální pracovník by proto měl relevantní znalosti z oblasti medicíny, psychologie, psychoterapie, etiky, pedagogiky, práva, sociální politiky.“³²

4.3. Osobnostní aspekty sociálního pracovníka v paliativní péči

Práce v paliativní a hospicové oblasti je velmi náročná a vyžaduje vysoké nároky na psychickou odolnost. Proto je zařazena sociální práce s umírajícími do rizikové skupiny, u které je zvýšené riziko syndromu vyhoření. Tato práce požaduje od pracovníka určité dovednosti, mezi které patří zájem o tuto profesi, zralost, snahu o doplnění znalostí, profesní a osobní růst, zodpovědnost při plnění vykonávaných činností a vysoká míra empatie a pochopení.

³¹ Zákon 108/ 2006 Sb. - <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast8> (18.4.2017)

³² BYDŽOVSKÝ, Jan a Jiří KABÁT. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči: učební text pro studenty vysokých a vyšších odborných zdravotnických škol*. Praha: Zdravotní ústav Most k domovu, z.ú., 2015. ISBN 978-80-905867-0-3. Str. 100. (17.4.2017)

Lucie Štiková uvádí, že „práce s umírajícími je natolik specifická a náročná, že je třeba věnovat maximální péči při výběru sociálního pracovníka“.³³

Tým paliativní péče, pracuje v multidisciplinárním složení, ve kterém např. funguje lékař, zdravotní sestry a další. Aby celý tým fungoval, je nutné, aby byl sociální pracovník týmový hráč a spolupracoval se zbytkem týmu ve shodě.

4.4. Sociální práce v paliativní a hospicové péči

Sociální pracovník se zaměřuje na konkrétní sociální situaci konkrétní osoby. Nabízí praktickou i emoční pomoc jak pacientovi, tak jeho blízkým. Sociální pracovník musí být schopen pomoci i ve složitých situacích, kdy se potřeby pacienta střetávají s potřebami pečujících. Měl by mít přehled o službách státního a nestátního sektoru, pro podporu terminálně nemocných a jejich rodin.

Úkoly sociálního pracovníka podle Matouška:

- chápat etnické a náboženské vlivy, které ovlivňují terminálně nemocné
- pomoci rodině překonat komunikační obtíže, urovnat konflikty a efektivně využít čas, který zbývá
- pomoci všem zúčastněným přizpůsobit se nové situaci, průběžně se vyrovnávat s neustále se měnící situací
- posoudit sílu schopnosti pacienta a jeho blízkých situaci zvládnout a v případě potřeby vhodně nabídnout způsoby pomoci
- radit, asistovat v jednání s jinými organizacemi, zohledňovat potřeby nemocného a osob pečujících, Pomoci s vyřizováním žádostí o dávky
- Seznámit se s potřebami pacienta a jeho rodiny: zhodnotit potřeby emoční, praktické, finanční, sociální, apod.

³³ ŠTIKOVÁ, Petra. Dilemata v sociální práci při práci s umírajícími. Č. Budějovice, 2015. diplomová práce (Mgr.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta Str. 15. (17.4.2017)

- zajistit optimální podmínky nemocnému, jeho blízkým a pečujícím, aby mohli vyjádřit své pocity (jednotlivě/ společně)
- zajistit pozůstalým potřebné informace, zprostředkovat pomoc okolí
- zvláště si všímat nejzranitelnějších lidí v okolí klienta (např. dětí, adolescentů, seniorů)³⁴

4.4.1. Informační a poradenská služba

Sociální pracovník bývá mnohdy prvním, s kým se klient dostává do kontaktu. Jsou mu zprostředkovány základní informace a prezentace hospice. Sociální pracovník přijímá a eviduje žádosti o přijetí případných zájemců a podává informace o nabízené péči. Sociální pracovník je ten, který informuje žadatele o přijetí či nepřijetí k pobytu v hospici a domlouvá podmínky příchodu. Sociální pracovník je také ten, který pomáhá zprostředkovat kompenzační pomůcky, zajištění finančních příspěvků, na které má rodina právo. Může také fungovat jako poradce, jaké jiné možnosti v daném regionu nemocný a jeho rodina má.

Uplatnitelné nároky na finanční podporu zletilého klienta

Dlouhodobá nemocenská – 60% průměrného redukovaného výdělku max. po dobu 380 dnů

Invalidní důchod

Příspěvek na péči za kalendářní měsíc u osob nad 18 let

- 880 Kč jedná-li se o lehkou závislost
- 4 400 Kč jedná-li se o středně těžkou závislost
- 8 800 Kč jedná-li se o těžkou závislost
- 13 200 Kč jedná-li se o úplnou závislost³⁵

³⁴ MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0. Str. 205/ 206.

Příspěvek na mobilitu – 400 Kč

Příspěvek na zvláštní (kompenzační) pomůcku – maximální částka na jednotlivou pomůcku je 350 000 Kč

Příspěvek na bydlení,

Přídavek na dítě,

Průkazy ZTP, ZTP/P

Uplatnitelné finanční nároky pro pečujícího:

Ošetřovné

Příspěvek na péči

Doplatek na bydlení

Předčasný důchod

Vdovský/ vdovecký důchod³⁶

4.4.2. Kontakt s přijatým pacientem a s jeho rodinou

Bezprostřední pomoc pacientům a jejich blízkým by měla tvořit největší díl sociální práce v hospici. Začíná vstupním sociálním šetřením, od kterého se odvíjí další spolupráce. Setkávání s nemocnými a jejich příbuznými se odehrávají kvůli dvěma záměrům:

a) podpůrná péče

podpůrná péče slouží klientovi a blízkým, kteří prochází krizí, zažívají řadu ztrát a jsou mnohdy zoufalí, bezradní a rozpačití z toho, že nevědí, jak by se měli chovat. Obě strany se potýkají s rozporuplnými pocity a obavami. „Smyslem rozhovorů by měla být i snaha o zprostředkování či usnadnění komunikace mezi nemocným

³⁵ Zákon č. 180/2006 Sb. - <https://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek> (15.4.2017)

³⁶ MPSV - <http://portal.mpsv.cz/soc> (15.4.2017)

a jeho rodinou, posílení schopnosti vyslovit před sebou to, co je pro všechny bolestné.“³⁷

b) identifikace problémů

při rozhovorech s klientem a jeho blízkými by měl sociální pracovník vyřešit otázky, které se týkají další péče klienta. Dále by se měl sociální pracovník zaměřit na finanční situaci klienta a zjistit, zda má klient nárok na získání finančních příspěvků. Jedná se např. o kontakty na příslušné úřady nebo pomoc s vyřizováním specifické žádosti. Sociální pracovník by měl povzbuzovat nemocného k přijetí této životní fáze a hledat cesty, které umožní, co nejlepší a plné prožití zbývajících období. V momentě, kdy bude klient i rodina ve fázi, kdy budou moci si připustit blízkost smrti, mohou požádat o pomoc s vyřešením specifických potřeb. Do těchto potřeb patří např.: sepsání závěti, převod majetku, zvláštní přání ohledně pohřbu či hrobu.

4.4.3. Péče o pozůstalé

V některých českých hospicích se pořádá každoročně setkání pozůstalých rodin, slouží pro připomenutí zemřelých a období, kdy jim hospic společně s příbuznými poskytoval péči. Slavnostní jednorázová akce je spíše vzpomínkovou akcí. Další pomocí může být např. svépomocné nebo terapeuticky vedení skupin, které se pravidelně setkávají a společně prožívají bolest nad ztrátou člověka. Intervence sociálního pracovníka zahrnuje vedle individuálního podpůrného rozhovoru také praktické rady např. zařizování pohřbu nebo úmrtního listu.

Špatenková uvádí podporu a pomoc blízkým v oblasti:

- ekonomické (situace hmotné nouze)
- informační (zda mají blízcí právo nahlížet do zdravotnické dokumentace)

³⁷ STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péči*. Jinočany: H & H, 2006. ISBN 80-7319-059-1. Str. 12.

- pragmatické (pomoc se zajištěním pohřbu)
- psychické (např. pokud mají blízcí potřebu mluvit o zemřelém)³⁸

4.4.4. Práce s dobrovolníky

Sociální pracovník je většinou ten, který koordinuje dobrovolníky nebo spolupracuje s koordinátorem dobrovolníků. Vytváří spojkou mezi dobrovolníky a hospicem a ve spolupráci s ostatními zdravotnickým personálem navrhuje, kdo z pacientů by přítomnost dobrovolníka nejvíce potřeboval.

Nejvíce dobrovolníků přichází ze zdravotnických a sociálních oborů. Dalšími dobrovolníky jsou blízké osoby, které samy doprovázely pacienta v terminálním stádiu života.

4.4.5. Spolupráce s ostatními členy týmu

Sociální pracovníci se účastní pravidelných setkání multidisciplinárního týmu, kde zástupce každé pečující profese přispívá svým pohledem na situaci a problém konkrétního nemocného. Pokud jsou tato setkávání dobře vedena a přijímána, jsou jen ku prospěchu pracovníků. Vyjasňují individuální potřeby nebo důvody chování nemocných a jejich příbuzných.

4.4.6. Administrativa

Administrativa je nedílnou součástí každé práce a nevyhne se ani povolání sociálního pracovníka. Sociální pracovník vede sociální dokumentaci, zaznamenává

³⁸ ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Ilustroval Jitka ŘENČOVÁ. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3736-2. Str. 16.

sociální situaci klienta a návrhy na řešení daných problémů. Stará se o celou administraci příspěvku na péči a dalších dávek.

4.5. Postavení sociálního pracovníka v paliativní péči

Sociální práce v oblasti paliativní péče je nezbytnou součástí péče nejen o nemocného ale i o blízké, kteří se o nemocného starají.

Sociální pracovník je spojovacím článkem mezi zdravotním personálem a nemocným a jeho pečujícími. Proto je nutné, aby měli sociální pracovníci vyřešený svůj vlastní postoj ke své smrtelnosti, umírání a smrti. Jen tehdy, když budou mít vyřešeny tyto otázky, budeme skutečnou oporou pro nemocné a doprovázející.

„Sociální práce v oblasti paliativní péče by měla využívat psychosociální kompetence a zabývat se zejména úkoly spojenými s aktivováním zdrojů, s koordinací pomoci, se školením a podporou dobrovolníků, sociálně právním poradenstvím“.³⁹ Sociální pracovník je plnohodnotným členem týmu paliativní péče vedle lékaře, zdravotních sester, duchovního, dobrovolníka a dalších.

Sociální pracovník je první, kdo se setkává s pacientem a nemocným, sepisuje zprávu o fyzických symptomech a provádí celkové posouzení psychosociálních potřeb. Dalším krokem je prezentace nového případu celému týmu paliativní péče, po kterém přichází na řadu diskuze a doporučení pro primárního lékaře. Diskuze ošetřujícího personálu se opakují v pravidelných intervalech a paliativní tým je zapojen do organizace podpůrných služeb pro pacienta a jeho pečující.

³⁹ Časopis Sociální práce, 2010/2 ročník 10., str.16 /17. Role sociálního pracovníka v procesu doprovázení je nezastupitelná. Autor článku: Pavel Bajer.
<http://www.socialniprace.cz/index.php?sekce=2> (15.4.2017)

4.6. Komunikace sociálního pracovníka v paliativní péči

Je důležité si uvědomit, že na smrt se nedá nikdy správně připravit ani klienta ani jeho blízké.

Sociální pracovník by měl brát zřetel na doporučení psychologa a ostatních členů týmu. Mluvíme o množství informací, jejich kvalitě a časovém hledisku jejich podávání. „Komunikace sociálního pracovníka s umírajícím a jeho rodinou odráží jeho vlastní postoj ke smrti a svému životu.“⁴⁰

Pokud je klient informován o svém stavu a smrt je očekávaná, sociální pracovník je v komunikaci méně zatížen. Naopak, když je smrt v rozporu s klientem nebo jeho blízkými, je komunikace daleko těžší.

Předmětem komunikace sociálního pracovníka v paliativní péči je především sdělování a přijímání informací. Většinou se informace zjistí pomocí rozhovoru. Touto metodou se snižují úzkosti blízkých i klienta. Získané informace jsou základním kamenem pro vytvoření plánu sociální práce s klientem a blízkými.

Klient absolvuje rozhovor se všemi členy ošetrovatelského týmu, je nutné, abychom sdělení informace nezlehčovali a nepopírali. Měli bychom dávat pozor, aby nedocházelo ke komunikačním chybám a byly vyřešeny obavy, které může mít klient nebo jeho blízcí. „Pro klienta i sociálního pracovníka je komunikace nejdůležitějším prostředkem k poskytnutí potřebné služby na uspokojivé úrovni.“⁴¹

Klient vždy rozhoduje o tom, jaké informace podá sociální pracovník rodině. Pokud se klient rozhodne o nesdělení některých informací svým blízkým, měl by sociální

⁴⁰ BYDŽOVSKÝ, Jan a Jiří KABÁT. *Ošetrovatelství a sociální práce v paliativní péči: učební text pro studenty vysokých a vyšších odborných zdravotnických škol*. Praha: Zdravotní ústav Most k domovu, z.ú., 2015. ISBN 978-80-905867-0-3. 105.

⁴¹ BYDŽOVSKÝ, Jan a Jiří KABÁT. *Ošetrovatelství a sociální práce v paliativní péči: učební text pro studenty vysokých a vyšších odborných zdravotnických škol*. Praha: Zdravotní ústav Most k domovu, z.ú., 2015. ISBN 978-80-905867-0-3. 106. (17.4.2017)

pracovník vysvětlit blízkým, proč se tak klient rozhodl. Rodina by naopak měla respektovat přání svého blízkého.

Během péče o klienta je vytvořen vztah, který je podobný vztahu terapeutickému, v němž sociální pracovník nejen naslouchá, ale i podporuje klienta a jeho blízké. Může docházet k situacím, kdy sociální pracovník může poskytovat krizovou telefonickou intervenci.

Sociální pracovník získává informace od celého multiprofesního týmu. Měly by to tedy být informace pravdivé a včas předané dalšímu členu týmu. Předání včasných a pravdivých informací je těžší především pro blízké než pro klienta samotného. Komunikace mezi sociálním pracovníkem a klientem v paliativní péči vyžaduje velké naslouchání, respektování názorů klienta. Komunikace by měla obsahovat empatii, klid, rozvahu a pohodu. Dále bychom s klientem měli udržovat oční kontakt.

4.7. Etapy vytváření vztahu mezi sociálním pracovníkem a klientem

Pochopení role sociálního pracovníka

Nemocný, rodina i blízcí by měli pochopit poslání sociálního pracovníka a důvody spolupráce se sociálním pracovníkem. Pro správnou spolupráci je také nutné zjistit, kdo přišel s myšlenkou paliativní péče.

Sociální problém

„Sociální problém lze definovat na základě informací a jeho rodině, o jeho osobnosti, partnerovi a jeho životních úspěších či neúspěších“.⁴² Se zjištěnými informacemi je nutnost zacházet opatrně, taktně a eticky. Důvodem je, že v poslední fázi života se mohou odkrývat tabuizovaná a nevyřešená témata. Celkový zdravotní stav

⁴² BYDŽOVSKÝ, Jan a Jiří KABÁT. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči: učební text pro studenty vysokých a vyšších odborných zdravotnických škol*. Praha: Zdravotní ústav Most k domovu, z.ú., 2015. ISBN 978-80-905867-0-3. Str. 103. (15.4.2017)

klienta a jeho blízkých ovlivňuje definování sociálního problému a jeho řešení. Míru utrpení fyzického ovlivňuje i utrpení psychické. V posledních chvílích života sociální problémy nabývají jiných rozměrů.

Řešení a pomoc

Sociální pracovník je omezen časem, který zbývá jeho klientovi a blízkým. Jedná se většinou o čas v rozmezí několika měsíců až týdnů a dnů. V této době by mělo dojít k uspokojivému vyřešení sociálního problému. Proto je nutné, aby nemocný byl včas a pravdivě informován o své diagnóze. Další překážkou pro řešení sociálního problému je psychický a etický rozměr. Jedná se o porozumění umírajícího jeho vnitřnímu prožívání nebo o jeho reakce. Klientovi a jeho blízkým by měl plán sloužit jako emoční podpora.

5. Paliativní péče v nemocnici a hospici

V této kapitole se pokusím shrnout specifika a rozdíly mezi paliativní a hospicovou péčí.

5.1. Paliativní péče v hospici

- Mobilní péče

„Snaha, aby pacient mohl zůstat v domácím prostředí a dostal v něm, co nejkvalitnější specializovanou paliativní péči a aby byla naplněna jeho relevantní přání a očekávání v oblasti sociální, psychologické a duchovní.“⁴³

Rodina a blízcí nemocného klienta mohou využít půjčovnu pomůcek, které usnadňují péči o těžce nemocného v domácím prostředí. Je možné vypůjčení např. polohovacích lůžek, antidekubitních matrací, vozíků a dalších pomůcek.

- Lůžková péče

Pacient je přijat na základě písemné žádosti, která obsahuje vyjádření ošetřujícího lékaře. Pacient před nástupem do hospice podepisuje tzv. informovaný souhlas k hospitalizaci. V tomto dokumentu pacient stvrzuje, že byl seznámen s tím, že bude hospitalizován v hospici a jeho onemocnění nebude léčeno, dále mu bude poskytnuta maximální ošetrovatelská péče a možnost v hospici zemřít.

Výhodami lůžkového hospice oproti nemocniční péči jsou: zajištění kvalitní ošetrovatelské a hygienické péče 24 hodin denně, multidisciplinární tým, možnost přijímat návštěvy po celý den, nenucení klienta do hygieny nebo stravování pokud nechce.

Lůžkové hospice také nabízejí „respitní pobyt, který patří mezi odlehčovací služby, které pomáhají rodinám, jež se dlouhodobě starají o těžce nemocného člověka,

⁴³ MARKOVÁ, Alžběta. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 2. aktualizované vydání. Praha: Cesta domů, 2015. ISBN 978-80-905809-4-7. Str. 10.

aby si odpočinuli, upravili bydlení apod. Pobyť nemocného v hospici je zpravidla omezen na dobu několika týdnů.“⁴⁴

V České republice je momentálně 17 lůžkových hospiců.⁴⁵

5.2. Paliativní péče v nemocnici

Paliativní péče v nemocnici vychází z otevřeného postoje ke smrti a umírání. Všichni zaměstnanci pracující s pacientem a jeho rodinou, respektují přání pacienta o jeho léčbě a péči.

Vychází ze zásady, že zdravotníci tráví čas s pacienty a jejich rodinami a jsou jim k dispozici. Tato zásada vyžaduje partnerství a otevřenou a upřímnou komunikaci s pacientem, jeho rodinou i členy zdravotnického týmu.

Tři zájmy obecné paliativní péče v nemocnici:

- efektivní léčba bolesti a dalších zatěžkávajících symptomů
- komunikace o cílech péče
- provádění psychosociální podpory pozůstalým

Pacientova přání o budoucí péči zahrnují: komunikační dovednosti a efektivní podporu při rozhodování o cílech léčby, podporu komunikace o souhlasu a cílech péče mezi pacientem/ rodinou a poskytovateli péče s vysvětlením prospěchu a zátěže jednotlivých lékařských intervencí.

Nedostatečná komunikace ohledně koordinace péče o umírající pacienty v nemocnici může způsobovat nedostatek emocionální podpory pacienta, zbytečné hospitalizace, neúčinnou léčbu bolesti a jiných symptomů nebo nepříznivé reakce na léčbu. Dále by mělo být vytvořeno místo pro včasné zahájení diskuse o konci pacientova života.

⁴⁴ <http://asociacehospicu.cz/formy-hospicove-pece/> (15.4.017)

⁴⁵ <http://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=7&detail=&KRAJ=&HTYP=&status=sendf> (15.4.2017)

Tyto rozhovory by měly zahrnovat otázkou např. méně času stráveného na jednotce intenzivní péče, snížení délky pobytu v nemocnici, redukování překlady z jednoho oddělení na druhé a zamezení zatěžované pacienta již zbytečným vyšetřením.

Bužgová uvádí, že pro zlepšení paliativní péče v nemocnici je nutné:

- navázat terapeutický vztah mezi týmem poskytujícím péči, pacientem a jeho blízkými
- podporovat pacienta a jeho blízké
- připravovat pacienta na blížící se smrt
- rozhodování pacienta o možnostech léčby a péče
- rozpoznat psychosociální a spirituální distres⁴⁶
- řešit nepříjemné zatěžující symptomy bolesti
- umožňovat neomezené návštěvy blízkým
- včasné rozpoznání pacienta, který potřebuje paliativní péči
- zajistit dostatečnou informovanost klienta o možnostech jeho léčby a péče
- zajistit péči podle preferencí pacienta a jeho rodiny
- zajistit soukromí pro pacienty v terminálním stadiu nemoci
- zajištění vhodné péče, zvážení možnosti hospicové péče⁴⁷

Důvodem pro rozvoj programů specializované paliativní péče v nemocnicích v USA byla data ukazující vysoký předpoklad bolesti a zatěžujících symptomů v nemocnicích a ošetrovatelských domech. Dalším faktorem bylo, že mnoho pacientů v terminálním stadiu nemoci bylo hospitalizováno.

Dále byla uváděna velká nespokojenost s kvalitou péče o nevyléčitelně nemocné a umírající.

⁴⁶ Intenzivně prožívaný a negativně na organismus působící stres. http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?cizi_slovo=distres&typ_hledani=prefix (15.4.2017)

⁴⁷ BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4. Str. 31.

Bužgová píše, že další výzkumy⁴⁸ ukazují, že se lidé obávají především toho, že v závěru jejich života nebude dostatečně léčena jejich bolest a nebude brán dostatečný zřetel na jejich psychické, sociální a spirituální potřeby a to hlavně v nemocnicích a v léčebnách dlouhodobě nemocných.

Dle Bužgové jsou nejčastějšími nedostatky paliativní péče v nemocnici:

- nedostatečná informovanost pacientů a jejich blízkých
- nedostatečná léčba bolesti a dalších symptomů
- nedostatky související se zpracováním vlastní smrti
- nízká úroveň pozornosti, které je věnovaná spirituálním a psychosociálním aspektům nemoci
- špatná úroveň komunikace
- vícelůžkové pokoje⁴⁹

5.2.1. Bariéry paliativní péče v nemocnici

Podle mého názoru vyplývá většina bariér paliativní péče v nemocnici z toho, že jsou potencionální klienti málo informováni. Mnoho lidí stále neví o možnostech a využití paliativní péče v terminálním stádiu života.

Jednou z bariér je rozhodnutí o přechodu z kurativní léčby na péči paliativní. V prostředí kurativní léčby, je prvotním zájmem život prodloužit, proto je přesun k tišení nebo doprovázení blízké osoby obtížný a problematický. Mnohdy si lidé myslí, že selhali nebo vzdali boj o život. Problematickou složkou může být také řešení psychosociálních a duchovních potřeb pacienta a dostatečný přísun informací a vhodné komunikace v prostředí, které je orientované na léčbu fyzických potřeb

⁴⁸ BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4. Str. 24.

⁴⁹Tamtéž. Str. 36.

Další bariérou v poskytování kvalitní paliativní péče je nedostatek kvalifikovaného personálu. Nejčastěji je uváděn nedostatek zaměstnanců, nedostatek času na komplexní ošetrovatelskou péči a nedostatek specialistů. Někteří specialisté se zaměřují pouze na pacienty s nádorovým onemocněním a nejsou zaměřeni na pacienty v posledním stádiu jiné chronické nemoci.

Poskytování např. emocionální podpory, plánování péče nebo objasnění obav a zjišťování preferencí je až na druhém místě a nezbyvá na ně tolik času, kolik by si pacienti potřebovali.

Vhodná edukace pracovníků v péči o pacienty na konci života s uvedením zásad podpory může být proto vhodným krokem k zavádění principů paliativní péče v nemocnici.

5.2.2. Pacienti vhodní pro paliativní péči v nemocnici

Nárok na paliativní péči v nemocnici by měli mít všichni pacienti, kteří žijí s onemocněním, které ohrožuje jejich život bez ohledu na základní diagnózu.

Je identifikováno několik skupin pacientů, kteří jsou vhodní pro paliativní péči v nemocnici. Bužgová uvádí: „senioři s polymorbiditou⁵⁰, pacienti umírající na respirační onemocnění a pacienti s progresivním život ohrožujícím onemocněním – nádorové onemocnění, nemoci srdce, ledvin, trávicího a dýchacího ústrojí“.⁵¹ Podle Strategie rozvoje paliativní péče v ČR v letech 2011 – 2015 patří dále mezi onemocnění, která ve svém průběhu potřebuje specializovanou paliativní péči, také pokročilá stadia onemocnění nervové soustavy. Např. syndrom demence, amyotrofická laterální skleróza, roztroušená skleróza. Další skupinou onemocnění jsou terminální stadia imobilizačního syndromu s komplikacemi, často s nutnou

⁵⁰ Senioři trpí větším počtem různých závažných chorob a zdravotních komplikací.

http://slovník-cizích-slov.abz.cz/web.php/hledat?cizi_slovo=polymorbidni&typ_hledani=prefix
(15.4.2017)

⁵¹ BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4. Str. 35.

intenzivní léčbou bolesti i dalších obtíží, nejčastěji u chronicky nemocných vyššího věku. Např. stavy terminální geriatrické deteriorace⁵², finální stavy po těžkých centrálních mozkových příhodách.

Pro hospitalizaci a využití paliativní péče v nemocnici splňuje kritéria kolem 13 - 36 % pacientů. Nejčastěji paliativní péči v nemocnici využívají pacienti s průměrným věkem 72 let s primární diagnózou nádorového onemocnění.

Ze srovnání pacientů s onkologickým a neonkologickým onemocněním vyplývá, že pacienti s neonkologickým onemocněním indikovaným k paliativní péči mají větší pravděpodobnost opakovaných hospitalizací a menší pravděpodobnost přechodu do hospicové péče.

Vzhledem k nejednotným definicím paliativní péče je také důležité definovat pacienty, kteří jsou vhodní do paliativní péče v nemocnici.

Proto byla vytvořena definice pacientů vhodných pro paliativní péči v nemocnici:

„Pacient s chronickou progresivní nemocí, s předpokládanou prognózou smrti méně než 12 měsíců, tři a více, přijetí k hospitalizaci v posledních 90 dnech a potřeba managementu bolesti a jiných symptomů souvisejících s život ohrožující nemocí.“⁵³

Onkologická péče nabízí jednodušší identifikaci pacientů v hodných ke kurativní nebo paliativní péči a těžší identifikace jsou u pacientů, kteří mají chronické onemocnění.

V terminálním stádiu nemoci je vhodné stanovit na základě dohody s pacientem, jeho blízkými a lékařem specialistou postup péče. Může nastat problém při výběru pacienta a stanovení diagnózy „umírání“. Snažíme se s předstihem vyhnout provádění nerealistických, mnohdy zbytečných výkonů, které pacientovi spíše škodí.

⁵² Zhoršení, úpadek, slábnutí. http://slovník-cizich.slov.abz.cz/web.php/hledat?cizi_slovo+=deteriorace&typ_hledani=prefix (15.4.2017)

⁵³ BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4. Str. 36.

6. Výzkumné šetření

Pro výzkumné šetření byla zvolena metoda dotazníků. Bylo osloveno 23 sociálních pracovníků, kteří pracují v hospicovém zařízení. K oslovení respondentů jsem využila adresář z www.hospice.cz. Z těchto 23 dotázaných odpovědělo pouze pět pracovníků.

6.1. Metodika a soubor

Sestavený dotazník obsahoval osm otázek. Sedm z nich bylo otevřených a jedna sloužila pro vlastní názor osloveného sociálního pracovníka (příloha č. jedna). Cílem výzkumného šetření bylo zjištění charakteristiky sociálních pracovníků v hospicové péči. Bylo osloveno 20 zařízení kamenných i mobilních hospiců. Z toho dvě pracoviště měly po dvou sociálních pracovnících. Respondenti byli osloveni individuálně, pomocí emailové korespondence. Dotazník byl anonymní a byl rozeslán hospicovým zařízením v Čechách.

Toto šetření je svou povahou kvantitativního charakteru a nekladu si za cíl vyhodnocovat zjištěná data vědeckými metodami.

6.2. Výsledky dotazníkového šetření

Na úvod dotazníku, měli respondenti uvést své pohlaví. Z 23 oslovených sociálních pracovníků, odpovědělo pět pracovníků a všechny byly ženy.

Graf č. 1: Věk respondentů.



Graf znázorňuje věkové kategorie dotázaných sociálních pracovníků.

Práce v hospici je psychicky velmi náročná a práce s umírajícími patří do cílové skupiny, u které je zvýšené riziko syndromu vyhoření. Osobnost sociálního pracovníka hospice, předpokládá vyzrálost, odpovědnost a vnitřní zpracování vlastní smrtelnosti a vztahu k umírajícím. Zajímavé je, že dvě sociální pracovníce nedosáhly věku ani 30 let.

Z grafu vyplívá, že dvě respondentky byly ve věku 20 – 29 let, v ostatních věkových kategoriích bylo vždy po jedné respondentce.

Graf č. 2: Dosažené vzdělání sociálních pracovníků.



Z grafu č. 2 je zřejmé, že nejvíce respondentek dosáhlo magisterského stupně vysokoškolského studia. Jedna z oslovených pracovníků uvedla dosáhnutí bakalářského stupně vysokoškolského studia. Vzdělání ve vyšším odborném studiu, neuvedla žádná z respondentek.

Dotázaných 80% sociálních pracovníků uvedlo, že si i nadále zvyšují své vzdělání. Další vzdělávání sociálních pracovníků může souviset s cílovou skupinou, se kterou pracují. Jak jsem již zmínila, o klienty v hospici se stará multiprofesní tým, který tvoří lékaři, zdravotní sestry, psychologové, duchovní a další. Myslím, že je jen výhoda, když se sociální pracovník vzdělává i v jiných oborech, kromě sociální práce. Další vzdělání pracovníků přispívá k větší profesionalizaci a kvalitě poskytované služby.

V České republice existuje několik kurzů, které mohou zvýšit profesionalitu a odbornost sociálního pracovníka pracujícího v hospicové péči. Mezi tyto kurzy patří např. problematika smrti a doprovázení nebo krizová intervence.

Všechny respondentky uvedly, že pracují v mobilním hospici. Cílem týmu mobilního hospice je, aby pacient mohl zůstat prostředí, které je mu známé a byla mu poskytnuta, co nejkvalitnější specializovaná péče, aby byla splněna jeho přání a očekávání v psychologické, duchovní a sociální oblasti. Multiprofesní tým mobilního hospice se snaží předcházet vzniku obtížných a častých dilemat. Tým se snaží o identifikaci těchto dilemat a jejich včasné řešení. Jedná se především o dilemata etická.

graf č. 3: Pracovní náplň sociálních pracovníků.



Náplň práce sociálních pracovníků v hospicové péči tvoří především informační a poradenská činnost.

Sociální pracovník je první, s kým se klient v hospicovém zařízení setkává. Podává informace o hospicovém zařízení, pomáhá se zajištěním finančních příspěvků, na které má klient nárok nebo nabízí kompenzační pomůcky.

Další díl práce tvoří administrativní záležitosti (např. vedení dokumentace klienta), doprovázení klientů a jejich blízkých a péče o pozůstalé.

Péče o pozůstalé je v českých hospicích řešena individuálně. Některé hospice pořádají několikrát za rok setkávání pozůstalých. Tato setkání slouží ke vzpomínce na zemřelé blízké a také k předávání zkušeností.

Žádná z respondentek neuvedla jako hlavní náplň své práce, koordinaci dobrovolníků.

Graf č. 4: Jak dlouho sociální pracovníci pracují v hospicovém zařízení.



Většina respondentek uvedla, že pracují v hospici déle než 5 let. Podle mého názoru dlouhodobá práce v hospici souvisí především s pocitem smysluplné práce, zkvalitňováním života a péčí o umírající a jejich blízké.

Poslední otázka ve výzkumném šetření je: Jaká byla Vaše motivace pro práci v hospicové péči?

Sociální pracovnice nejvíce uváděly, že práce v hospicovém zařízení je pro ně především smysluplná. Dále uváděly získávání zkušeností a odbornosti v péči o nemocné, ošetření potřeb uživatele ve všech rovinách, tedy v bio – psycho – socio – spirituální rovině nebo využití krizové intervence. Jedna z respondentek uvádí: „*má to smysl pro mě osobně i pro klienty, aby umírali v důstojných podmínkách a i jejich blízcí měli možnost se ztrátou vyrovnat*“. Další sociální pracovnice dodává, že „*práce je hmatatelná možnost využít diplomatické a komunikační dovednosti – hospicová tematika byla pro mne výzvou, co vydržím.*“

6.3. Shrnutí výsledků výzkumného šetření

Na dotazník odpovědělo pouze pět sociálních pracovníc z oslovených 23. Domnívám se, že je to z důvodu pracovního zaneprázdnění a dalších výzkumných šetření, na které odpovídají v rámci absolventských, bakalářských a jiných prací.

Na dotazník odpověděly pouze ženy. Podle mého názoru je to způsobené celkově malým počtem sociálních pracovníků mužů. Dvě z oslovených sociálních pracovníc nedosáhly věku 30ti let, domnívám se, že je to ovlivněné rozvojem paliativní a hospicové péče, ve které sociální pracovník zaujímá plnohodnotné postavení v týmu specialistů. Dále se jedná o práce se zajímavou cílovou skupinou a v neposlední řadě se jedná o vyspělost, odpovědnost samotných sociálních pracovníc.

Většina respondentek uvedla dosažení magisterského titulu a možnost dalšího vzdělávání. Podle mého názoru je důležité v každém oboru rozšiřovat své vzdělání a růstu profesionalizace a kvality poskytované péče.

Oslovené sociální pracovnice uvádějí, že jejich náplň práce tvoří především administrativa, dále poradenství, péče o pozůstalé a doprovázení klientů a jejich blízkých.

Sociální pracovnice dále uvádí, že pracují v hospici dlouhodobě. Příkládám to, pocitu smysluplné a naplňující práci, kterou vykonávají. Poslední otázka byla otevřená a zajímala se o motivaci pro práci v hospicové péči.

Vzhledem k velmi nízkému počtu respondentek, nemá toto šetření výpovědní hodnotu a jedná se spíše o dokreslení tématu mé práce.

Závěr

Od začátku historie lidstva, umírali lidé v kruhu svých nejbližších. Umírání a smrt byly každodenní zkušeností všech lidí. Postupný vývoj společnosti odsunul umírání do institucí a lidé ztratili kontakt se smrtí.

Cílem hospicové péče je, aby poslední část života nemocného pacienta byla kvalitní, bezbolestná a pacient nebyl ničím a nikým omezován. Na zlepšení hospicové péče se podílí i Ministerstvo zdravotnictví a Vláda České republiky. V dohledné době by měla vzniknout novela zákona o zdravotních službách, ve které by mělo dojít k definování funkce hospice, a z kamenných hospiců by se měla stát zdravotnická zařízení, v nichž jsou poskytovány i sociální služby. Nově zavedenou službou bude zařazení sociální služby – péče o nemocné v terminálním stavu do zákona o sociálních službách. Tuto službu budou moci nabízet registrovaní poskytovatelé zdravotnických služeb domácí nebo paliativní péče. Další podporou hospicové a paliativní péče je program Ministerstva zdravotnictví, jehož cílem je vytvoření podmínek, které mají zkvalitnit a zlepšit dostupnost péče o nevléčitelně nemocné, kteří jsou v posledním stádiu života.

Ve své práci jsem se věnovala sociální práci v hospicové a paliativní péči. Formou výzkumného šetření jsem se pokusila zjistit charakteristiku sociálních pracovníků v hospicovém zařízení. Objektivním nedostatkem mého šetření byla velmi nízká návratnost rozeslaných dotazníků. Z oslovených sociálních pracovníků odpovědělo pouze 21,7 procent

Z odpovědí respondentů že zřejmé, že v zařízeních, která poskytují péči terminálně nemocným, pracující především sociální pracovnice, které mají vysokoškolské vzdělání.

Zajímavé bylo také zjištění motivace pro práci v hospicové péči, ze kterého vyplývá, že tato práce je především smysluplnou a naplňující.

Summary

Sociální práce v paliativní a hospicové péči

Social work in palliative and hospice care

Andrea Nachtmanová

This Bachelor thesis revers about social work in palliative and hospice care.

Theim portance of this care is a dignified and painless death. Facilities which provide this care do thein best to assure maximum privacy of a client and a support of his/her relatives. Social workeris a full-bodied member of a multiprofessional team and his/her task is for example professional consultancy, accompanying of dying people and care of bereaved persons.

Theaim of my Bachelor thesis was to find out characteristics of social workers who provide care in a hospice facility. Research shows that the most common employees in a hospice facility are women with a university degree, who educate themselves further and work in these facilities for a long time. Motivation of the social workers for their work in these facilities is above all work with meaning and importance.

Použitá literatura

BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.

BYDŽOVSKÝ, Jan a Jiří KABÁT. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči: učební text pro studenty vysokých a vyšších odborných zdravotnických škol*. Praha: Zdravotní ústav Most k domovu, z.ú., 2015. ISBN 978-80-905867-0-3.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0873-0.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-471-3.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Přeložil Jiří KRÁLOVEC. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2069-2.

LEŠKOVÁ, Ludmila. *Vznik a vývoj hospicové péče*. Plzeň, 2012. Bakalářská práce (Bc.). Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta Zdravotních studií.

MARKOVÁ, Alžběta. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 2. aktualizované vydání. Praha: Cesta domů, 2015. ISBN 978-80-905809-4-7.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-849-0.

STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péči*. Jinočany: H & H, 2006. ISBN 80-7319-059-1.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 6., dopl. vyd., (V KNA 1.). V Kostelním Vydří: APHPP, 2008. ISBN 978-80-7195-307-4.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Ilustroval Jitka ŘENČOVÁ. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3736-2

ŠTIKOVÁ, Petra. *Dilemata v sociální práci při práci s umírajícími*. Č. Budějovice, 2015. diplomová práce (Mgr.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta.

Internetové zdroje

Časopis Sociální práce, 2010/2 ročník 10

<http://www.socialniprace.cz/index.php?sekce=2>

<http://asociacehospicu.cz/formy-hospicove-pece/>

<http://granty.vrsers.cz/dokument/Zaklady%20socialni%20prace.pdf>

<http://slovník-cizích-slov.abz.cz/web.php/slovo/>

<http://www.brevnov.cz/CS/benediktini>

<http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-paliativni-lecba-pece-a-medicina/>

<http://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=1>

<https://cs.wikipedia.org/wiki/Pot%C5%99eba>

MPSV - <http://portal.mpsv.cz/soc>

SKÁLA, Bohumil. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011 : [novelizace 2011]*. Praha:

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, c2011. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-51-0. <http://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy-2003-2007/Paliativni-pece.pdf>

Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě

Strategie rozvoje paliativní péče v České republice.

Zákon 108/ 2006 Sb. - <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast8>

Seznam příloh

Příloha číslo 1: Dotazník

Příloha číslo 1

Charakteristika sociálních pracovníků v hospicové péči

1) Pohlaví

- Muž
- Žena

2) Věk

- 20 – 29
- 30 – 39
- 40 – 49
- 50 – 59
- 60 let a více

3) Dosažené vzdělání

- Dis.
- Bc.
- Mgr.

4) Doplnujete si vzdělání dalším soustavným vzděláním?

- Bc.
- Mgr.
- PhDr.

5) V jakém hospici pracujete?

- Kamenný hospic
- Mobilní hospic

6) Co je Vaší hlavní náplní práce?

- Administrativa
- Informační a poradenská činnost
- Doprovázení umírajících a jejich blízkých
- Péče o pozůstalé
- Koordinace dobrovolníků

7) Kolik let pracujete jako sociální pracovník v hospicové péči?

- Méně než 1 rok
- 1 – 5 let
- 5 – 10 let
- Více

8) Jaká byla motivace pro práci v hospicové péči?